



University of Groningen

Bevoegd, maar ook bekwaam?

Kalk, W.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1999

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Kalk, W. (1999). Bevoegd, maar ook bekwaam? s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Prof. dr. W.Kalk, tandarts

Inleiding

Graag heet ik U allen welkom bij mijn inaugurele rede die zal gaan over het vakgebied van de Orale Functieleer en daaraan gerelateerde aspecten. Ik zal U zodadelijk proberen uit te leggen wat U zich moet voorstellen bij de Orale Functieleer maar laat ik bij het begin beginnen.

Toen ik inmiddels al weer ruim anderhalf jaar geleden een telefoontje kreeg van onze voormalige Decaan, De Heer Huisjes, met de vraag of ik belangstelling had voor de invulling van de leerstoel Orale Functieleer binnen de nieuw gestarte opleiding Tandheelkunde te Groningen heb ik aanvankelijk nogal terughoudend gereageerd, laat staan dat ik toen vermoed heb dat dit ertoe zou leiden dat ik nu voor de tweede keer een oratie houd. Mijn terughoudendheid had met twee dingen te maken. Ten eerste is het zeker binnen de tandheelkunde geen gewoonte om naar elders te vertrekken als je eenmaal bent benoemd tot hoogleraar. Je wordt benoemd in een vaste aanstelling met een redelijk salaris en als je het niet al te gek maakt is het een benoeming voor het verdere leven. Ik ben echter de mening toegedaan dat het zowel voor je persoonlijke ontwikkeling als ook voor de universitaire wereld een goede zaak is als er meer mobiliteit en flexibiliteit zou zijn tussen medewerkers en hoogleraren van de tandheelkundige opleidingen, omdat dit de samenwerking zal bevorderen en hoogmoedigheid, als ook laatdunkendheid zal doen verminderen. Gelukkig beginnen de bestuurders van diverse faculteiten dit steeds meer in te zien gelet op de samenwerkingsverbanden die reeds zijn gesloten of nog in discussie zijn. Ik wijs daarbij ook naar het bedrijfsleven waar mobiliteit en flexibiliteit als volstrekt normaal wordt ervaren.

De tweede reden van mijn terughoudendheid had te maken met de perceptie die velen met mij hadden en sommigen wellicht nog steeds hebben dat de nieuwe opleiding in Groningen wel erg vernieuwend is en dat er alle reden is om de ontwikkelingen in Groningen kritisch en zelfs met achterdocht gade te slaan. Ik kan U wat dat betreft echter geruststellen en wil dan ook graag in het kort toelichten wat mij heeft bewogen om van Nijmegen naar Groningen te gaan en waarom ik daar beslist geen spijt van heb. Hoewel ik van oorsprong een rasechte Gröninger ben en eveneens in Groningen Tandheelkunde heb gestudeerd is het al te gemakkelijk om mijn beslissing voor de overstap af te doen met het antwoord “back to the roots”. Ik was immers goed “geworteld” binnen de Nijmeegse Opleiding Tandheelkunde en heb daar, na mijn “Amsterdamse periode”, vanaf 1985 met veel aardige mensen met veel plezier gewerkt. Ik wil daarom speciaal de mensen uit Nijmegen vandaag bijzonder hartelijk welkom heten bij deze openbare les.

Mijn belangrijkste overweging om de overstap naar Groningen te maken heeft vooral te maken met het feit dat ik als tandarts mijn vakgebied graag vanuit een klinische setting wil profileren binnen een geïntegreerde vorm van patiëntenzorg. Mijn leeropdracht was wat dat betreft in Nijmegen beperkter en bood met name in het onderwijs minder mogelijkheden om, vanuit de gedachte van integrale zorg, de patiënt centraal te zetten. Met name bij volwassen en oudere patiënten waar veelal diverse tandheelkundige problemen aanwezig zijn kan een dergelijke integrale benadering van groot voordeel zijn.

Ik heb vastgesteld dat er hier in Groningen uitdagende mogelijkheden zijn om de ideeën die ik in de loop van mijn professionele leven heb ontwikkeld, te implementeren binnen het Groninger onderwijsmodel. Dit vraagt om nadere uitleg en ik wil U daarom achtereenvolgens het volgende duidelijk maken.

- Wat het vakgebied van de Orale Functieleer inhoudt en welke ontwikkelingen daarin gaande zijn.
- Wat de voordelen zijn van een goede inbedding van het vakgebied binnen het Groninger Onderwijsmodel, gegeven het feit dat onze bevolking vergrijst en de vraag naar tandheelkundige zorgverlening niet alleen toeneemt, maar ook aan verandering onderhevig is.

Ik wil dit doen vanuit mijn visie over de Orale Functieleer in relatie met een aantal zaken zoals het veranderende beeld van de tandheelkundige gezondheidszorg en de beroeps-uitoefening, de differentiatie in de opleiding tot tandarts en de samenhang met de bij- en nascholing in de tandheelkunde.

De Orale Functieleer

Gelet op de inhoud van de oraties van mijn vakbroeders zou ik de ontwikkeling van de discipline Orale Functieleer in een historisch perspectief moeten plaatsen, maar omdat niet alleen zij maar ook ikzelf dat reeds eerder heb gedaan, wil ik vooral de nadruk leggen op het feit dat de visie op het vakgebied vooral de laatste decennia aan grote verandering onderhevig is geweest. Ik wil dat illustreren door aan te geven hoe een aantal van mijn voormalige vakbroeders en huidige collegae hoogleraren de inhoud van het vakgebied heeft omschreven. Ongeveer 15 jaar geleden werd collega de Koomen aan het Academisch Centrum Tandheelkunde te Amsterdam, beter bekend als ACTA, niet benoemd in de Orale Functieleer, maar in het vakgebied van de Prothetische Tandheelkunde. Hij omschreef in zijn oratie de Prothetische Tandheelkunde als het vakgebied dat zich bezig houdt met de vervanging van ontbrekende of verloren gegane weefsels. Hij voegde daar gelukkig aan toe dat deze vervanging geen doel op zich is maar zich vooral moet richten op het herstel van functies van het gemutileerde kauwstelsel. Desalniettemin stonden de middelen waarmee functieherstel werd gerealiseerd zodanig centraal dat zelfs de afdelingen binnen de prothetische tandheelkunde daar naar vernoemd werden. Zo kende men zowel in de voormalige opleidingen te Utrecht en Groningen als ook in Nijmegen en in Amsterdam afdelingen kroon- en brugwerk, partiële- en volledige prothese. De opvolger van de Koomen, collega van Waas gaf in 1996, dus precies 10 jaar later, in zijn oratie aan dat binnen de prothetische tandheelkunde de aandacht lange tijd primair gericht is geweest op het vervaardigen van technisch hoogstaande producten, zoals bijvoorbeeld porseleinen kronen en bruggen. Hij toonde zich bijzonder verheugd dat de eerder genoemde afdelingen werden samengebracht binnen de Orale Functieleer.

Reeds in 1982 werd door Käyser aangegeven en later door zijn opvolger collega Creugers (1995) nogmaals bevestigd, dat het vakgebied zich vooral zou moeten richten op diagnostiek, preventie en behandeling van het gemutileerde dan wel in functie gestoorde gebit, waarbij in therapeutische zin herstel van occlusie en articulatie centraal wordt gesteld.

Wat ik U wil duidelijk maken is dat het vakgebied zich in een relatief korte periode met een sneltrein vaart heeft ontwikkeld van een vak dat vooral gericht was op tandvervanging door middel van kronen, bruggen en gebitsprothesen, tot een vrij complexe klinische discipline met diverse deeldisciplines.

Ook in de opleiding te Groningen zal binnen de Orale Functieleer aandacht worden besteed aan onderwijs in belangrijke deeldisciplines zoals de Occlusie- Opbouw, de Adhesive-, Partiële- en Volledige Prothetiek alsmede de Gerodontologie en de Prothetische Implantologie. Het onlangs opgestelde kern-stafplan is dan ook in overeenstemming met een verdere ontwikkeling in deze richting.

Het onderwijs zal echter niet vanuit genoemde deeldisciplines worden georganiseerd, maar vorm krijgen binnen een zoveel als mogelijk geïntegreerd klinisch programma en plaats vinden binnen de onderwijs- team- praktijk (OTP), waar studenten tandheelkunde met studenten mondhygiëne samen een team vormen en verantwoordelijk zijn voor hun patiënten. Ik zal daar later nog iets meer over zeggen, maar eerst wil ik U meenemen naar het structuurrapport voor de leerstoel Orale Functieleer te Groningen dat als basis heeft gediend voor de inbedding van deze leerstoel binnen de Faculteit der Medische Wetenschappen en in het bijzonder binnen de studierichting Tandheelkunde. In dit rapport staat onder ander dat bij behoud en herstel van orale functies niet alleen rekening dient te worden gehouden met de technische mogelijkheden van het vak, maar dat ook de psychosociale omstandigheden van de patiënt zoals leeftijd, algemene gezondheid en welzijn hierbij een rol spelen. Opmerkelijk is vooral dat hierbij tevens wordt aangegeven dat bij herstel van orale functies de ontwikkeling van inzichten inzake zorgverlening alsmede de ontwikkeling en toepassing van methoden en materialen bij een zich wijzigend zorgpatroon, een rol dient te spelen. Omdat de opleiding in Groningen gericht is op het leren samenwerken in de tandheelkundige zorgverlening krijgt de toepassing van kennis en vaardigheden van de Orale Functieleer binnen dit samenwerkingsverband van op te leiden tandartsen, mondhygiënist, (preventie)assistenten en hopelijk ook tandtechnici, wel een bijzondere rol. Daar komt nog bij dat binnen de opleiding integrale zorg centraal is gesteld met identificatie van patiënten met een verhoogd risico en ouderen als specifieke doelgroepen. Er is dus werk aan de winkel voor de Orale Functieleer wanneer binnen het onderwijs ook zorg aan de oudere patiënt centraal wordt gesteld binnen een samenwerkingsverband van op te leiden beroepsbeoefenaren. Ik wil dat graag nog iets verder toelichten door aandacht te besteden aan een aantal ontwikkelingen in de tandheelkundige gezondheidszorg en aangeven wat de consequenties daarvan zijn in relatie met de Orale Functieleer.

Ontwikkelingen in relatie met de Orale Functieleer

In Nederland wonen op dit moment ongeveer 4.5 miljoen ouderen, dat wil zeggen mensen van 55 jaar en ouder. Dit betreft een derde deel van onze bevolking. Verwacht wordt dat dit aantal de komende jaren eerder zal toenemen dan afnemen. Het aantal hoogbejaarden van 75 jaar en ouder stijgt van 1.5 miljoen nu naar 1.8 miljoen in het jaar 2010.

Tot voor kort waren ouderen vanuit tandheelkundig oogpunt gezien een weinig interessante groep, omdat de meeste van hen al lang van een kunstgebit waren voorzien en daarna niet meer bij de tandarts kwamen. De patiënt van nu wordt echter steeds mondiger en vertoont een veel meer gebitsbewust gedrag. Werd vroeger een volledige gebitsextractie en het aanbrengen van een kunstgebit als volledig normaal ervaren, nu dient iedere extractie gemotiveerd te worden, want vele volwassenen en jongbejaarden hebben hun ouders of familieleden zien tobben met een kunstgebit. Mede door de toegenomen aandacht voor mondgezondheid heeft dit ertoe geleid dat tandeloosheid bij de jongere leeftijdsgroepen is afgenomen, dus minder gebitsprothesen, en dat mensen die wel een gebitsprothese dragen steeds hogere eisen aan het functioneel comfort zullen gaan stellen. Daarnaast worden bij de jongbejaarden tussen de 55 en 65 jaar steeds meer mensen aangetroffen met nog een volledig dan wel gedeeltelijk eigen gebit. Verwacht mag worden dat bij de laatstgenoemde groep patiënten de vraag naar tandheelkundige zorg de komende jaren alleen maar zal toenemen en in sterke mate zal worden bepaald door een grote behoefte aan behoud van orale functies op een kwalitatief hoog niveau. De toepassing van geavanceerde tandheelkundige behandelingen op het terrein van de Orale Functieleer alsmede de vraag naar tandheelkundige implantaten zal daarbij een belangrijke rol gaan spelen.

Onder de hoogbejaarden bevinden zich veel zogenaamde geriatrische patiënten met specifieke ouderdomsproblemen, die vaak hun weerslag hebben op de mondgezondheid. Zo kennen we enerzijds de geriatrische patiënt met sterk geresorbeerde kaken ten gevolge van jarenlange tandeloosheid, waardoor het moeilijk, zo niet onmogelijk is om een goed functionerende gebitsprothese te vervaardigen en anderzijds de oudere patiënt met nog een gedeeltelijk of volledig eigen gebit dat vaak “overvol” zit met vullingen die niet meer voldoen volgens de huidige maatstaven en waar tevens de nodige tandvleesproblemen aanwezig zijn. Daar komt nog bij dat de algemene gezondheidstoestand van de geriatriche patiënt een direct risico kan vormen tijdens of in aansluiting op een tandheelkundige behandeling.

Voor de discipline Orale Functie leer betekent dit alles dat voor het herstel en behoud van orale functies nieuwe ontwikkelingen en benaderingen worden gevraagd, zowel in de behandeling als de zorg. Ik wil dit toelichten aan de hand van het vakgebied de gerodontologie en nader ingaan op de zorg- en onderwijskundige aspecten van de klinische poot van dit vakgebied, de geriatriche tandheelkunde.

Geriatriche tandheelkunde

Zoals algemeen bekend komen met de ouderdom ook de gebreken. Deze kunnen direct of indirect van invloed zijn op de mond- en gebitsgezondheid. Systeem ziekten als ook overmatig roken kunnen de kans op tandvleesafwijkingen vergroten. Medicatie kan de speekselvloed doen verminderen en daarmee de ernst en frequentie van cariës en parodontale aandoeningen doen toenemen. Ten gevolge van lichamelijke gebreken als ook door het afnemen van de verstandelijke functies kunnen er beperkingen zijn of optreden bij het reinigen van de mond of gebitsprothese, met alle gevolgen van dien.

Voor de tandarts betekent dit dat hij/zij* specifieke kennis moet hebben van algemene verouderingsprocessen en deze dus moet kunnen herkennen. Ook moet de tandarts op de hoogte zijn van eventuele gevolgen van specifieke en multiple ziekten op de tandheelkundige gezondheid en omgekeerd weten wat de invloed kan zijn van tandheelkundig handelen op bestaande ziekten. Dit houdt in dat de tandarts niet alleen kennis en vaardigheden dient te bezitten op het terrein van de tandheelkundige zorgverlening, maar ook medisch goed geschoold dient te zijn.

De zorg voor de oudere patiënt met nog een eigen gebit vraagt vooral om terughoudendheid, waarbij een probleemgerichte benadering de voorkeur verdient boven een restauratief gerichte aanpak. Het adagium “proberen te behouden wat nog aanwezig is” is dan ook een betere dan “herstellen wat verloren is gegaan”, hetgeen in overeenstemming is met het gegeven dat er grote verschillen bestaan tussen de door de tandarts vastgestelde noodzaak voor behandeling en de vraag naar behandeling vanuit de patiënt. Deze discrepantie tussen “need” en “demand” is met name vastgesteld bij oudere patiënten. Daar komt nog bij dat gevolgen van tand- en mondziekten die in het verleden zij doorgemaakt, op oudere leeftijd vaak als chronische aandoeningen kunnen worden beschouwd.

Het volgen van de ontwikkeling in mondgezondheid door middel van “screening” en “monitoring” in combinatie met preventieve maatregelen is, overigens evenals bij jongere patiënten, in veel gevallen effectiever en doelmatiger dan curatief of restauratief ingrijpen. Een dergelijke afweging kan goed tot zijn recht komen indien er een intensieve samenwerking is tussen tandartsen, mondhygiënist, preventie- assistenten en andere zorgverleners.

Het moge duidelijk zijn dat het “Groninger zorgmodel” een unieke mogelijkheid biedt om de grenzen tussen de diverse zorgverleners te verkennen.

* Indien in het vervolg “hij” staat geschreven moet steeds “hij” of “zij” worden gelezen

De tandheelkundige problematiek van de hoogbejaarden die al dan niet in verpleeg- en verzorgingshuizen verblijven wordt zwaar onderschat. Met name de steeds groter wordende groep ouderen met nog een eigen gebit zal indien zij hulpbehoevend worden een grote risicogroep gaan vormen. Van de 1.5 miljoen hoogbejaarde ouderen mag worden verwacht dat ongeveer een kwart niet meer in staat is het eigen gebit op een adequate wijze te verzorgen. In verpleeg- en verzorgingshuizen is door gebrek aan kennis over mondverzorging en tijdgebrek bij verplegend personeel sprake van een zorgwekkende situatie. Nu nog draagt het grootste deel van deze hulpbehoevende ouderen een kunstgebit, maar de patiënt van straks, dat wil zeggen de oudere “Yuppie” van nu met nog zijn eigen tanden en niet te vergeten zijn implantaten, zal zijn gebit moeten laten verzorgen. De vraag is dan niet zozeer wie daarvoor beschikbaar is, of wel daartoe bevoegd, maar vooral wie daarvoor is opgeleid; met andere woorden wie hiervoor bekwaam is! Ik zal straks nog terugkomen op de problematiek van bevoegd en bekwaam. Eerst wil ik echter, na deze zorginhoudelijke overwegingen, nader ingaan op de onderwijskundige aspecten van de Orale Functieer.

Onderwijs in de Orale Functieer

Zes jaar geleden werd door de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen, toen nog de Faculteit der Geneeskunde geheten, een zogenaamde Mission Statement uitgegeven. Aangaande het wetenschappelijk onderwijs werd het volgende verwoord: *“De faculteit streeft naar een aanbod van verschillende studierichtingen in de medische wetenschappen, zodat de vele aspecten van gezondheid en ziekte weerspiegeld worden in het opleidingspakket. Hierbij gaat het om studies in de geneeskunde, medische biologie, bewegingswetenschappen, verplegingswetenschappen en tandheelkunde.”* Let wel: de opleiding tandheelkunde was toen gesloten en de discussies waren gaande over een eventuele heropening! In de Mission Statement wordt verder vervolgd:

“Deze studierichtingen versterken elkaar onderling en leiden ertoe dat afgestudeerden vruchtbaar leren samenwerken met verwante disciplines bij het verlenen van patiëntenzorg. Het onderwijs is patiënt- en probleemgeoriënteerd, waardoor de studenten een patiëntgerichte houding, zelfstandigheid en verantwoordelijkheidsgevoel ontwikkelen.”

Dit jaar bracht dezelfde faculteit, maar inmiddels toegerust met de studierichting tandheelkunde, een rapport uit geheten “De toekomst van de Faculteit”, waarin een strategische intentie voor de toekomst wordt weergegeven.

In dit rapport wordt vastgesteld dat de ingrijpende onderwijsvernieuwingen tot uitstekende resultaten hebben geleid bij de onderwijsvisitatie geneeskunde en wordt onder meer de start van de gezamenlijke opleidingen tandheelkunde en mondhygiëne als een van de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen tien jaren genoemd.

Wanneer ik terugkeer naar het onderwijs in de Orale Functieer dan zijn alle voorwaarden aanwezig om invulling te geven aan het door de faculteit voorgestane beleid. Als voorbeeld noem ik weer de geriatrische tandheelkunde en stel daarbij vast dat de algemene kennis en vaardigheden die een tandarts dient te beheersen als zorgverlener voor met name de oudere patiënt nu als het ware “verstoppt” zitten in verschillende disciplines, waarbij ik niet alleen aan de tandheelkunde en mondhygiëne denk, maar ook aan vakken vanuit de (interne) geneeskunde, de pathologie, de gerontologie, etc.

Voor de Nederlandse situatie mag worden vastgesteld dat de betreffende disciplines wel aanwezig zijn binnen de opleidingen en faculteiten, maar dat voor de praktische patiënt- en probleemgerichte opleiding de samenhang veelal ontbreekt. Hier ligt dus een unieke mogelijkheid voor de gezamenlijke opleidingen geneeskunde, tandheelkunde en mondhygiëne in Groningen om studenten vanuit het patiëntgerichte onderwijs met elkaar in contact te

brengen, praktijkervaring bij te brengen en hun steeds meer eigen verantwoordelijkheid te geven. Uiteraard geldt dat niet alleen voor de zorg voor de oudere patiënt maar op alle terreinen van de geïntegreerde zorgverlening. Het zoeken van mogelijke grenzen tussen diverse studenten is een uitdaging op zich en datzelfde geldt ook voor de diverse studierichtingen. Ik wil daar nadrukkelijk aan toevoegen dat al te ver van de realiteit afstaande experimenten mij echter niet aanspreken, want verandering betekent lang niet altijd verbetering. Daar staat tegenover dat de zorgverlening volop in beweging is en op zijn minst van academici mag worden verwacht na te denken over mogelijke innoverende processen. Collega Schaub heeft in zijn oratie (1997) reeds aangegeven dat sommigen dit zullen ervaren als een grensoverschrijdend experiment. Critici aan de kantlijn lopen echter weinig risico en hebben het gelijk altijd aan hun kant, totdat het tegendeel wordt bewezen en ze zich vervolgens haasten om als de grootste voorstanders te gaan optreden.

Bevoegd en bekwaam in relatie met de Orale Functieleer

Mede vanwege de beperkte studieduur als ook vanwege de beperkte middelen, bestaat er bij de opleidingen tandheelkunde steeds meer behoefte om te omschrijven wat er van de afgestudeerde tandarts verwacht mag worden ten aanzien van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag. Ook door de invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, beter bekend als de Wet BIG (1997), is het noodzakelijk geworden schriftelijk vast te leggen wat een tandarts niet alleen behoort te kennen, maar ook wat deze moet kunnen. In opdracht van de kamer Tandheelkunde van de VSNU is een werkgroep ingesteld, die inmiddels haar werkzaamheden heeft afgerond met een document (Raamplan 1999 Tandartsopleiding) waarin het profiel van de tandarts staat omschreven met daarin tevens een lijst van problemen die de afgestudeerde tandarts op zijn minst moet herkennen, de vereiste diagnostiek en behandeling hiervoor moet kunnen uitvoeren, dan wel hiervoor kan verwijzen. Met name het punt van verwijzing heeft veel discussie gegeven, want daar waar de tandarts in het verleden en ook nu nog bevoegd is de tandheelkunde in zijn volle omvang uit te oefenen, staat nu vooral de vraag centraal of het wel mogelijk is om de tandarts binnen een 5-jarige curriculum zodanig op te leiden dat hij ook op alle terreinen bekwaam is als beroepsbeoefenaar. Deze vraag is voor verschillende onderdelen binnen de tandheelkunde actueel, zoals bijvoorbeeld de Parodontologie, de Orthodontie en de Kaakchirurgie maar zeker ook voor de Orale Functieleer. Uit de resultaten van een enquête afgenomen bij in Nijmegen afgestudeerde tandartsen uit de jaren 1982 tot 1990 blijkt dat de theoretische kennis van diverse vakgebieden als ook de praktische vaardigheden veelal voldoende basis hebben verschaft voor toepassing in de algemene praktijk. Dit geldt met name voor de vakgebieden Conserverende Tandheelkunde en Röntgendiagnostiek. Wel wordt gepleit voor een betere voorbereiding in de bedrijfsmatige- en praktijkhygiënische aspecten van de praktijkvoering. Op klinisch terrein blijkt men vooral behoefte te hebben aan een meer uitgebreide opleiding van vooral de theoretische aspecten van de Gnathologie, de Orthodontie en de Implantologie. Deze uitkomsten hebben mij niet verbaasd, want het gaat immers om vakken die te maken hebben met behoud en herstel van functie waarvoor meer uitgebreide kennis vereist is binnen een toch al krap bemeten curriculum. Binnen het basiscurriculum voor de opleiding tot tandarts zullen dus keuzen gemaakt moeten worden. Dit wordt mede bevestigd door de specifieke en discipline gebonden eindtermen voor de patiëntenbehandeling, zoals onlangs omschreven in het Raamplan Tandartsopleiding (1999). Voor diverse vakken en ook voor de Orale Functieleer blijft onduidelijk of de aangegeven eindtermen wel haalbaar zijn en of het om theoretische kennis gaat dan wel vaardigheden die de tandarts dient te bezitten.

Door de beroepsorganisatie de Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Tandheelkunde (NMT) wordt daarom een verlenging van de opleiding in de vorm van een stage jaar nagestreefd. Persoonlijk ben ik de mening toegedaan dat dit niet de oplossing is van het vraagstuk “bevoegd of bekwaam”, te meer omdat bijna alle beginnende tandartsen eerst gaan waarnemen en zo als het ware reeds een stagejaar inbouwen alvorens ze zich gaan vestigen.

Veel meer heil is volgens mij te verwachten van een differentiatie binnen de tandheelkunde, waarbij de student al tijdens zijn opleiding leert om bepaalde delen van de zorg naar anderen te verwijzen. Wil de student en dus de latere tandarts effectief kunnen verwijzen dan dient hij echter niet alleen op theoretisch niveau, maar ook in de klinische opleiding op zijn minst in aanraking te komen met behandelingen die niet alledaags in de praktijk voorkomen. Hiervoor is het noodzakelijk dat er binnen de opleiding door medewerkers met specifieke expertise patiëntenzorg wordt verleend op kwalitatief hoog niveau. Daarom wordt op dit moment in Groningen hard gewerkt aan de realisering van een “dental hospital”, waar medewerkers patiëntenzorg verlenen in wisselwerking met studenten uit de onderwijs- teampraktijk. De student kan zijn patiënt hiernaar verwijzen, dan wel onder begeleiding binnen een keuzeprogramma zelf de patiënt behandelen. Dit alles in een organisatiestructuur die enigszins vergelijkbaar is met het academisch ziekenhuis, waar co-assistenten eveneens participeren in de klinisch zorg en het ziekenhuis als werkplaatsfunctie dient voor de opleiding tot arts. Binnen de opleiding tot tandarts gebeurt dit echter voor een groot deel reeds in de predoctorale fase, terwijl de student geneeskunde zijn co-schappen pas na de doctorale fase doorloopt. Wanneer we de vergelijking met de opleiding tot arts verder doortrekken dan zou binnen de opleiding tot tandarts de theoretische scholing kunnen plaats vinden binnen de opleiding Tandheelkunde/Mondhygiëne (“Dental School”) conform de reeds eerder aangehaalde principes van Curriculum 2000 en in nauwe samenwerking met het Onderwijsinstituut van de Faculteit (OWI), terwijl de klinische opleiding tot tandarts en mondhygiënist gestalte krijgt binnen het “Academisch Instituut voor Tandheelkunde” waarin de Onderwijs-Teampraktijk in samenhang met de “Dental Hospital” als werkplaatsfunctie dient voor beide opleidingen. In mijn optiek zou het zeer de moeite van overwegen waard zijn om alle klinische activiteiten op het terrein van de tandheelkunde, waarbij ik ook denk aan het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde en de specialistenopleiding Orthodontie, als klinische werkplaatsfunctie onder te brengen binnen het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG).

Aangaande de klinische keuzeprogramma’s voor studenten denk ik op mijn vakgebied aan occlusie- en functieherstel met uitgebreide adhesieve- en restauratieve voorzieningen al dan niet in combinatie met tandheelkundige implantaten, aan op de occlusie gerichte behandeling van kaakgewrichtproblemen en aan een verdere verdieping van de geriatrische tandheelkunde gericht op verpleeg- en verzorgingshuizen. Door het aanbieden van dergelijke keuzeprogramma’s kan de interesse van de student worden gestimuleerd tot verdere scholing op bepaalde terreinen nadat het basiscurriculum is afgerond. Dit betekent niet dat het basiscurriculum kan worden “uitgekleed”, want uiteraard horen al die onderdelen die de tandarts dagelijks in de praktijk tegenkomt zondermeer in dit basiscurriculum te zitten, zodat men inderdaad kan spreken van een basistandarts.

Zo komt iedere tandarts elke dag tandvleesproblemen tegen in zijn praktijk. De preventie en behandeling daarvan horen mijns inziens dan ook thuis in het team van tandarts, mondhygiënist, preventie assistent en wellicht de gedifferentieerde tandarts in de parodontologie voor meer op de chirurgie gerichte oplossingen. We moeten er echter voor waken dat deze gedifferentieerde tandartsen geen specialisten worden en zich blijven bezig houden met een geïntegreerde zorg voor onze patiënten.

In dit verband werd ik aangenaam getroffen door de visie van één van onze orthodontisten (Galjaart), die in een interview aangaf dat *“veel van de talrijke specialisten in de Nederlandse tandheelkunde het zicht kwijt zijn op waar het allemaal om draait: het gebit”* Zoals verder uit het interview blijkt, maakt hij zich vooral zorgen om de patiënt door vast te stellen *“dat specialisten de neiging hebben zich steeds meer op hun eigen vakgebied terug te trekken. Het kan voorkomen dat je op een congres over endodontologie dia’s op het scherm krijgt, waarop sprake is van overhangende vullingen en tandvleesproblemen. Kom je daarna op een parodontologie congres, dan worden je dia’s voorgetoverd die verkeerde wortelkanaal-behandelingen aan het licht brengen”* Hij zegt vervolgens *“zo is iedereen zijn eigen ei aan het leggen en is primair geïnteresseerd in zijn eigen problemen. Dat is heel leerzaam, vooral vanuit het oogpunt van de patiënt.”*

Einde citaat!

Voor mij is al heel lang duidelijk dat het tandartsexamen geen eindpunt is, maar een vertrekpunt voor verdere scholing. In mijn optiek wordt “afgestudeerd” maar al te vaak beleefd als uitgestudeerd. We zullen daarom zorgverleners moeten afleveren die geleerd hebben om samen te werken, die een gedegen kennis hebben op het terrein van de diagnostiek en die zich bewust zijn van de mogelijkheden van hun bevoegdheid maar vooral van de beperktheid van hun bekwaamheid. In de opleiding te Groningen wordt veel nadruk gelegd op dit diagnostisch proces, waarbij door middel van zorgplannen niet alleen het karakteristiek van de patiënt en van zijn dentitie wordt vastgelegd, maar waarbij vooral de zorgvraag centraal wordt gesteld en wordt aangegeven in welke richting de zorg zich zal bewegen. Te denken valt bijvoorbeeld aan geleidelijk verlies van de bestaande rest-dentitie of juist streven naar behoud van de eigen dentitie, waarbij de eerder genoemde begrippen als screening, monitoring en preventie als ook de initiële behandeling richting gevend zijn. Vervolgens wordt voor iedere patiënt een behandelplan opgesteld met daarbij de alternatieven die passen binnen het zorgplan en wordt een traject uitgezet voor behandeling. Dit alles zoveel als mogelijk in een gezamenlijke aanpak binnen een team van studenten tandheelkunde en mondhygiëne. Hierbij wordt afgesproken wie voor welk deel van de behandeling verantwoordelijk is en waarbij de 5^e-jaars student binnen het team, samen met de docent teamleider, als inhoudelijk coördinator optreedt. Vervolgens wordt het resultaat van deze behandeling eveneens in gezamenlijke werk- en patiëntbesprekingen beoordeeld en geëvalueerd. Een dergelijke wijze van werken lijkt zo vanzelfsprekend, maar valt ook in de opleiding te Groningen niet simpel te implementeren. Het van meet af aan gezamenlijk werken in tutor- en werkgroepen op basis van probleem- en patiënt georiënteerd onderwijs, conform de uitgangspunten van Curriculum 2000 van de Faculteit, alsmede de samenwerking in de kliniek zal hopelijk leiden tot tandartsen en ook mondhygiënist die de voordelen van werken in teamverband hebben leren kennen en dus minder solistisch willen werken. De huidige generatie tandartsen en niet te vergeten ook mondhygiënist is nog zo ontzettend solistisch opgeleid en ingesteld dat een dergelijke wijze van werken pas dan te realiseren als de voordelen van samenwerking in teamverband met de mogelijkheden voor horizontale verwijzing, voor iedereen duidelijk zijn. Gelet op het feit dat van de ruim 5000 tandarts-praktijken in Nederland 94% uit solo-praktijken en slechts 6% uit samenwerkingspraktijken bestaat, ben ik wat dat betreft niet al te optimistisch.

Bij- en nascholing in de tandheelkunde

Hoewel het percentage patiënten dat ontevreden is over de tandarts laag (3%) is in vergelijking met andere zorgverleners, wil ik er op wijzen dat dit mede te maken heeft met het gebrek aan kennis en mondigheid van onze patiënt en dat deze mondigheid sterk aan het toenemen is. Nu reeds is aangetoond dat mensen met een hogere opleiding minder gunstig over de tandarts oordelen, terwijl zij over de huisarts relatief positiever oordelen.

Mede in dat verband wil ik een beroep doen op onze beleidsmakers om niet langer te aarzelen en in ieder geval over te gaan op een verplichte bijscholing met toetsing en certificaat zodat onze patiënten tenminste kunnen weten wie niet alleen bevoegd maar ook nog steeds bekwaam is. Is dat niet wat we in navolging tot de huisartsen verplicht zijn aan onszelf en onze patiënten?

Met betrekking tot de nascholing zou voor de beroepsdifferentiatie vastgesteld moeten worden voor welke onderdelen van de zorg dat effectief is. Ik heb reeds aangegeven dat het niet frequent voorkomen van bepaalde onderdelen in de algemene praktijk hiervoor een algemene richtlijn zou kunnen zijn, waarbij gedacht zou kunnen worden aan de volgende differentiatiemogelijkheden:

- de dento-alveolaire chirurgie, inclusief de chirurgische implantologie en -parodontologie
- de “eenvoudige” orthodontie
- de gnathologie en cranio-mandibulaire dysfunctie
- uitgebreid occlusieherstel, inclusief de prothetische implantologie
- de geriatrische- en verpleeghuis tandheelkunde, inclusief de “moeilijke” prothese

Wellicht is het goed als ik U aangeef dat de zojuist genoemde differentiatiemogelijkheden niet als limitatief moeten worden gezien, maar desalniettemin heb ik bewust een aantal vakken niet genoemd. Discussie hierover zou kunnen plaats vinden bij de verdere ontwikkeling van deze vorm van nascholing die verzorgd zou kunnen worden door een aantal universitaire centra met expertise op bovengenoemde terreinen. Deze discussie zou in samenwerking met de kamer Tandheelkunde van de VSNU, de beroepsorganisatie NMT en de Federatie Tandheelkundige Wetenschappelijke Organisatie en het Centraal Orgaan Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) gevoerd moeten worden en moeten leiden tot een programma voor nascholing, in aansluiting op de eindtermen van het basiscurriculum voor tandarts en mondhygiënist.

Op deze wijze zou een netwerk van gedifferentieerde tandartsen kunnen ontstaan, dat als opvang zou kunnen dienen voor patiënten die nu veelal ten onrechte in het circuit van de Bijzondere Tandheelkunde belanden of bijvoorbeeld om verzekeringstechnische reden voor een extractie worden doorverwezen naar een kaakchirurg. Bij dit alles moeten we ons wel realiseren dat de aard en omvang van de zorg altijd onderhevig zullen blijven aan de koopkracht van patiënten en dat zorgverzekeraars slechts willen meedenken als dit zal leiden tot een betaalbare en verzekerbare vorm van zorg. In de gedachte van het netwerk zou dus sprake zijn van een verschuiving van middelen die nu in het kader van de bijzondere tandheelkunde of specialistische hulp worden uitgegeven. Een dergelijke verschuiving van middelen is voor zorgverzekeraars altijd een geruststellende gedachte wanneer deze discussies wordt aangeslingerd. In dit verband wil ik mij graag aansluiten bij de gedachten van college Hokwerda, die in zijn afscheidsrede aangaf dat het, ondanks alle daaraan verbonden problemen, noodzakelijk is voor de opleiding tot arts en tandarts om een concept van gezondheid te hanteren en op basis hiervan de doelen voor de zorgverlening te omschrijven. Voor de Orale Functieleer heb ik in het verleden reeds meerdere keren aangegeven dat beleving van functie, hetgeen zo fraai in de Engelse taal kan worden verwoord als “oral comfort”, vele malen belangrijker is dan het aantal aanwezige tanden en kiezen m.a.w. het is de patiënt zelf die aangeeft wat voor hem belangrijk is en wat zijn wensen zijn. Daarop zijn immers ook onze zorgplannen gebaseerd.

Professionele beroepsuitoefening betekent dan het “vertalen” van de wensen van de patiënt in een voor hem of haar acceptabele aanpak van zorg, die mede gestoeld is op de juiste informatieoverdracht en gebaseerd is op professionele kennis aangaande diagnostiek en behandeling. Ook hier geldt weer dat het bewust zijn van de (grenzen van) bekwaamheid belangrijker is dan de verleende wettelijke bevoegdheid.

De opleidingscapaciteit

Er is binnen de tandheelkunde nauwelijks een onderwerp te bedenken dat meer in de aandacht is dan de opleidingscapaciteit van tandartsen en mondhygiënist. Zo toonde de beroepsgroep zich bij monde van de NMT in het nabije verleden zeer bezorgd over een overschot aan tandartsen, hetgeen mede tot een veel te drastische sluiting van opleidingen tandheelkunde heeft geleid. Inmiddels maakt dezelfde beroepsgroep zich weer grote zorgen over een te kort aan tandartsen en houdt een pleidooi voor uitbreiding van de huidige opleidingscapaciteit van 240 naar 300 opleidingsplaatsen tandheelkunde, hetgeen de opening van nog een nieuwe opleidingsplaats zou betekenen. Dit alles uiteraard gemotiveerd en onderbouwd met cijfers en berekeningen waaruit blijkt dat er over ruim 10 jaar ongeveer 1000 tandartsen te weinig zullen zijn. Het is niet aan mij om deze cijfers tegen te spreken, want cijfers horen niet te liegen.

Let wel ook ik ben de mening toegedaan dat er te weinig opleidingscapaciteit is en dat uitbreiding absoluut noodzakelijk is. Wel wil ik daar een paar kanttekeningen bij plaatsen. Reeds eerder heb ik gewezen op het feit dat 94% van de tandartspraktijken solopraktijken zijn. Wanneer we de verschillende typen praktijken in ogenschouw nemen dan blijkt dat ruim driekwart (76%) van de tandartsen actief is in een pure solopraktijk, waarin zij als enige volledig tandheelkundig bevoegd zijn, terwijl 12% ook alleen praktijk voert, maar één of meer tandartspraktijk medewerkers “in dienst” heeft. De overige tandartsen (12%) voeren hun praktijk samen met gemiddeld 1.3 andere tandartsen. In bijna alle praktijken zijn één of meer niet-tandarts medewerkers aanwezig. Het grootste deel bestaat uit tandartsassistenten. Het aandeel van de mondhygiënist en overige medewerkers zoals bijvoorbeeld receptionisten, blijft daarbij ver achter. Omgerekend naar volledige werkweken ligt het aandeel van de assistenten op 77%, dat van de mondhygiënist op slechts 7% en dat van de overige medewerkers op 16%.

Uiteraard zijn samenwerkingsvormen en taakdelegatie geen panacee zijn voor het te kort aan tandartsen, maar dat neemt niet weg dat er naast een verruiming van de capaciteit van de opleiding tot tandarts, een uitbreiding van de opleiding tot mondhygiënist evenals de opleiding tot preventieassistent, minstens zo dringend gewenst is. In dat verband komt het mij onzinnig voor om de opleiding tot mondhygiënist te willen uitbreiden van 3 naar 4 jaar. Afgezien van het feit dat onduidelijk is wat de inhoud zou moeten zijn van deze 4 jarige opleiding, zal straks niemand meer voor een dergelijke opleiding opteren omdat de verschillen met de opleiding tot tandarts zeker qua studieduur bijna wegvallen. Wellicht is het beter de opleiding tot mondhygiënist in die zin te wijzigen dat zowel de ingangseisen als ook de eindtermen in relatie met de opleiding tot tandarts beter worden omschreven. Ditzelfde geldt overigens ook voor de opleiding tot tandtechnicus en preventieassistent. Ook de tandtechnicus met extra (klinische) scholing zou wellicht binnen een samenwerkingsverband een rol kunnen spelen in de zorg voor de edentate patiënt. Hier ligt voor de opleiding in Groningen een belangrijke en uitdagende taak, waarbij ervoor gewaakt moet worden dat er inhoudelijk een te gering verschil gaat optreden tussen de diverse beroepsgroepen omdat juist in samenwerkingsverbanden de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners moeten vastliggen. Voor mij staat daarbij overigens vast dat de tandarts de coördinerende rol heeft en de spilfunctionaris is in de tandheelkundige zorgverlening.

Het groeiend tekort aan tandartsen heeft ook voor de opleiding in Groningen tot gevolg dat onze concurrentiepositie op de arbeidsmarkt uitermate slecht is. De tandarts kan immers in de praktijk veel meer verdienen dan in loondienst bij de universiteit. Daarom is het ook in Groningen erg moeilijk om stafleden te vinden voor de verdere uitbouw van onze opleiding. Dit heeft weer tot gevolg dat het voor jonge tandartsen die wel genoeg zouden willen nemen met een relatief laag salaris onaantrekkelijk is om voor een universitaire loopbaan te

kiezen, omdat ze in een overbelaste stafsituatie terecht komen waar nauwelijks voldoende tijd is voor begeleiding, reflectie en wetenschappelijke ontwikkeling. Dit belemmert ook in Groningen de ontwikkeling van een solide en dynamische wetenschappelijke staf.

Onderzoek binnen de Orale Functieer

Nu ik bijna aan het einde van deze rede ben gekomen zal het U wellicht verbazen dat ik tot nu toe zoveel aandacht heb besteed aan ontwikkelingen in de tandheelkundige gezondheidszorg in relatie met het onderwijs en nog niets heb gezegd over onderzoek in relatie met de Orale Functieer. Dit heeft vooral te maken met het feit dat ik primair naar Groningen ben gekomen om mede richting te geven aan het klinisch onderwijs en de patiëntenzorg. Degenen die mij vanuit Nijmegen kennen weten dat daar mijn hart ligt en dat ik vandaar uit sterk geïnteresseerd ben in klinisch georiënteerd onderzoek. Dit moge mede blijken uit de diverse publicaties en proefschriften die vanuit Nijmegen zijn verschenen. Uiteraard zal ik ook vanuit Groningen proberen aan de kliniek gerelateerd onderzoek te stimuleren. In het kern-stafplan staan Universitaire Hoofddocenten genoemd op het terrein van de Adhesieve Prothetiek en de Orale Implantologie, omdat ik dat belangrijke aandachtsgebieden vind voor onderzoek binnen de Orale Functieer.

Onderzoek doe je echter niet alleen en op het terrein van de orale implantologie heb ik reeds vanuit Nijmegen goede ervaringen in samenwerking met Groningen en met name met de disciplinegroep Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde hetgeen zelfs geleid heeft tot een tweetal gemeenschappelijke promoties. Met het hoofd van genoemde disciplinegroep, collega de Bont, zijn dan ook gesprekken gaande over een continuering van deze samenwerking op het terrein van de orale implantologie. Daarnaast zijn er wellicht mogelijkheden tot samenwerking met de disciplinegroep Biomaterialen, waarmee nu reeds vanuit de discipline Conserverende Tandheelkunde nauw wordt samengewerkt.

Ook onderzoek naar de effectiviteit van bijvoorbeeld tandheelkundige geriatrische zorg binnen een samenwerkingsverband lijkt aantrekkelijk en kan bijdragen tot een rationalisering van bestaande methoden van preventie en behandeling en bijdragen aan “evidence based dentistry” binnen de Orale Functieer.

Slotbeschouwing

Deze rede had geenszins de intentie U een wetenschappelijke verhandeling te geven over bijvoorbeeld de waarde van de resultaten van onderzoek op het terrein van de klinische implantologie. Ik heb U proberen duidelijk te maken waar ik mij hier mee bezig hou en hoe ik invulling probeer te geven aan de Orale Functieer binnen het Groninger onderwijsmodel. Uiteraard gaat dat niet zonder “vallen en opstaan”, maar dat is waar ik me juist lekker bij voel. Natuurlijk zijn we blij met het winnen van de Hoger Onderwijsprijs waarbij de jury onze gezamenlijke opleiding Tandheelkunde en Mondhygiëne “in vele opzichtend vernieuwend en inspirerend” heeft genoemd, maar we hebben ook goede nota genomen van de bevindingen van de Visitatie Commissie Tandheelkunde die weliswaar zijn waardering heeft uitgesproken over het innovatieve karakter van onze opleiding, maar ons ook gewezen heeft op de minder sterke punten. Wij zijn ons dat bewust en weten dat menigeen ons doen en laten kritisch volgt hetgeen ons nog alerter maakt. In beeldspraak zou je kunnen zeggen dat we beoordeeld zijn op het aanleggen van de rails, terwijl de trein nog moest gaan rijden. Ons tracé is hier en daar bijgesteld en neemt U van mij aan nu de trein begint te rijden, onze studenten “bevoegd en bekwaam”, in de zin zoals ik U dat heb aangegeven, onze opleiding zullen verlaten.

Dames en heren,

Aan het einde van een inaugurele rede is het gebruikelijk een paar woorden van dank uit te spreken. Op het gevaar af dat ik ongetwijfeld ook anderen had moeten noemen wil ik in ieder geval het *College van Bestuur van deze Universiteit* en het *Bestuur van de Faculteit der Medische Wetenschappen* dank zeggen voor de mogelijkheid die zij mij bieden om mijn vakgebied binnen het “Groninger Model” op een vernieuwende wijze gestalte te geven. In het bijzonder wil ik onze voormalige decaan Professor Henk Huisjes dank zeggen voor het in mij gestelde vertrouwen. Al tijdens ons eerste contact had ik het gevoel dat het tussen ons wel “klikte” en de voortvarendheid waarmee hij al mijn bedenkingen wist op te lossen heb ik zeer gewaardeerd.

Ook het *College van Bestuur van de Hanzehogeschool* en met name de *directie van de Faculteit Gamma* dank ik omdat zij mij, weliswaar onbewust, de kans geven deel te nemen aan een uniek experiment, waarin twee verschillende studierichtingen binnen één Opleidingsinstituut intensief met elkaar willen samenwerken.

Dames en heren hoogleraren aan de Rijksuniversiteit te Groningen en in het bijzonder de leden van de Faculteit der Medische Wetenschappen.

Met een aantal van U heb ik reeds persoonlijk kennis mogen maken en sommigen van U heb ik ontmoet tijdens de introductie van de nieuw benoemde hoogleraren. Ik vertrouw erop dat wij op Uw steun mogen rekenen bij de verdere uitbouw van de tandheelkunde tot een volwaardige studierichting binnen onze Faculteit. Met name mijn collega Professor Lambert de Bont dank ik voor de wijze waarop hij mij wegwijs heeft gemaakt binnen de Faculteit en het AZG en voor de raad en daad waarmee hij mij terzijde heeft gestaan.

Hooggeleerde Emeriti van de voormalige opleiding Tandheelkunde.

De meeste van U hebben nog een bijdrage geleverd aan mijn opleiding tot tandarts hier in Groningen. Zonder de anderen te kort te willen doen wil ik met name Professor Geert Boering noemen, die mij in 1970 niet alleen het tandartsdiploma heeft overhandigd, maar met wie ik tevens een tweetal promovendi heb mogen begeleiden en voor wie wij met zijn tweeën als promotor hebben mogen optreden.

Hooggeleerde collegae van het Opleidingsinstituut voor Tandheelkunde en Mondhygiëne en leden van het Management Team.

We hebben met elkaar geen gemakkelijk jaar achter de rug. Af en toe was het schip behoorlijk van koers af en was niet duidelijk wie de stuurman of de kapitein was en wie we daarover moesten aanspreken. Ik hoop dat het schip nu in rustiger “facultair” water terecht zal komen en dat iedereen aan boord beter weet wie waarvoor verantwoordelijk wil en kan zijn. De samenwerking met het Onderwijsinstituut geeft mij vertrouwen voor de toekomst.

Laten we echter vooral niet vergeten dat vallen en opstaan horen bij het proces van volwassen worden.

Dames en heren hoogleraren en medewerkers van de opleiding Tandheelkunde te Nijmegen.

Met velen van U heb ik bijna 14 jaar mogen samenwerken en met sommigen heb ik daar een goede vriendschap aan overgehouden. Met name de medewerkers van de Sector Orale Functie leer dank ik voor de prettige werksfeer en ik zou speciaal mijn voormalige assistente Ine Geurts willen noemen die voor mij al het goede uit Nijmegen representeert.

Het is voor mij een prettige gedachte dat de raakvlakken met velen van jullie nog steeds bestaan zodat we elkaar niet zo snel uit het oog zullen verliezen.

Medewerkers van onze Opleidingen Tandheelkunde en Mondhygiëne

Ook voor jullie is het afgelopen jaar niet altijd even gemakkelijk geweest. Het bed is vele malen opgeschud en niet iedereen heeft zich daar altijd even plezierig bij gevoeld. Met veel bewondering heb ik jullie enorme werklust gadeslagen en vastgesteld dat wij wel een heel bijzonder team hebben waarin de bereidheid bestaat om niet alleen met de ander mee te denken maar ook af en toe elkaar plaats over te nemen. Ik wil jullie dank zeggen voor de flexibiliteit en het respect waarmee we met elkaar omgaan. Ik spreek de wens uit en heb daar alle vertrouwen in dat het bindend element tussen ons allen steeds de zorg voor onze patiënten en voor onze gezamenlijke opleiding Tandheelkunde en Mondhygiëne zal zijn en blijven.

Dames en heren studenten tandheelkunde en mondhygiëne

Om jullie draait het allemaal! Ik heb daarom het afgelopen jaar met genoeg veel energie gestopt in jullie opleiding. Met name het eerste cohort studenten Tandheelkunde en nu dus de huidige 5^e-jaars studenten heb ik van nabij mogen leren kennen in tutor-groepen, bij zorg- en behandelplanbesprekingen alsmede bij de patiëntenbehandeling. Gelet op mijn lange ervaring met studenten in het onderwijs, durf ik jullie te verzekeren dat jullie een goede opleiding hebben gehad. Natuurlijk hebben jullie vele zaken zelf moeten uitzoeken en verliep niet alles altijd even gladjes. Ik ben ervan overtuigd dat juist mede daardoor jullie straks bevoegde en bekwame probleemoplossers zullen zijn.

Last but not least wil ik allen die mij dierbaar zijn laten weten dat ik mij schuldig voel zo weinig tijd voor jullie te hebben. Ik ben daarom dankbaar dat zovele dierbaren hier vandaag aanwezig zijn en mis vooral degenen die om wat voor reden dan ook vandaag ontbreken.

Ik heb gezegd.

Geraadpleegde literatuur

Baat C de, Kalk W. Redactie: Geriatrische Tandheelkunde. Problematiek van ouder worden en mondgezondheid. Bohn, Stafleu, Van Loghum 1999

Baat C de, Elswijk JFA van. Ouderdom, een tandheelkundig schrikbeeld? Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 351-353

Bruers JJM, Rossum GMJM van. Typen tandartspraktijken in Nederland. Nederlands Tandartsenblad 1999; 54/12: 570-571

Creugers NHJ. Kwaliteit kwantificeren. Inaugurele rede Katholieke Universiteit Nijmegen 1995

Geertman ME, Boerrigter EM, Waas MAJ van, Oort RP van, Hof MA van't, Kwakman JM, Boering G, Kalk W. Implantaatsystemen voor overkappingsprothesen in de onderkaak vergeleken. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 447-450

Hokwerda O. Het aansturen van onderwijsvernieuwing. De nieuwe opleiding geneeskunde, Curriculum 2000, in Groningen. Afscheidsrede Faculteit der Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, 1997

Jokstad A, Ørstavik J, Ramstad T. A definition of Prosthetic Dentistry. Int J Prosthodont 1998; 11: 295-301

Kalk W. Tandeloos, Hopeloos? Tandeloosheid en problemen met gebitsprothesen. Inaugurele rede Katholieke Universiteit Nijmegen 1986

Kalk W, Baat C de, Meeuwissen JG. Is there a need for gerodontology? Int Dent Journal 1992; 42:209-16

Kalk W, Kayser AF, Witter DJ. Needs for tooth replacement. Int Dent Journal 1993; 43: 41-9

Kalk W, Slop D, Bronkhorst EM, Truin GJ. Verandering door vergrijzing. Veranderingen in de mondgezondheid bij 65-jarigen en ouderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 242-244

Kam WJ van der, Versteegh PAM. De Zwolse netwerkgedachte. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 291

Käyser AF. Over Occlusie. Inaugurele rede Katholieke Universiteit Nijmegen 1982

Koomen HA de. Acta Prothetica. Inaugurele rede Vrije Universiteit Amsterdam 1986

Meeuwissen JH, Waas MAJ van, Meeuwissen R, Käyser AF, Hof MA van 't, Kalk W. Satisfaction with reduced dentitions in elderly people. J Oral Rehab 1995; 22: 397-401

Schaub RMH. Over grenzen. Een analyse van het vakgebied Tandheelkundige Zorgverlening. Inaugurele rede Rijksuniversiteit Groningen 1997

Schaub RMH. Mondzorg voor ouderen. Meer dan zorg voor de mond alleen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 360-361

Verrijt AHM. Tandartsen over hun opleiding. Resultaten van een enquête onder in Nijmegen afgestudeerde tandartsen uit de jaren 1982-1990. Ned Tijdschr Tandheelkd 1994; 101: 370-372

Waas MAJ van. De geriatrische tandheelkunde in het tandheelkundig onderwijs. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 362-364

Waas MAJ van. Orale Functieleer: een spanningsveld tussen functie en comfort. Inaugurele rede ACTA 1996

Poorterman JHG. Kwaliteit van zorgverlening. Begrippen en definities. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 242-243

De toekomst van de Faculteit. Strategische intentie. Faculteit der Medische Wetenschappen Rijkuniversiteit Groningen, januari 1999

Raamplan 1999 Tandartsopleiding, eindtermen van de tandartsopleiding. VSNU Utrecht 1999

Tandartsen, tandartsbezoek en tandheelkundige zorgverlening in Nederland. Themapublicatie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde en Het Centraal Bureau voor Statistiek, Voorburg/Heerlen, 1998

Toekomstscenario's Tandheelkunde. Een verkenning van de periode 1990-2010. Bohn, Stafleu, van Loghum; Houten/Zaventem, 1992